



## Solicitud para el programa Home Energy Plus – Período invernal 2015 - 2016

Exclusivo para uso oficial. La agencia debe completar las áreas sombreadas.		
Fecha de la solicitud (mm/dd/aaaa):	Nº de empleado:	<input type="checkbox"/> Retirada
Método de contacto: <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> Otra entidad _____ <input type="checkbox"/> Visita al hogar <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono		
Verificación de identidad: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de estudiante <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación emitida por el gobierno <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de empleado <input type="checkbox"/> Otra: _____	Identificación verificada por:	

Este formulario está autorizado conforme al Estatuto del Estado de Wisconsin 16.27(2)(a). Toda la información que se solicita es necesaria para determinar si es elegible para recibir beneficios a través del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Wisconsin y el Programa de Asistencia de Climatización de Wisconsin. Solicitar su número de seguro social no está prohibido por las leyes federales y se necesita para llevar un control de los beneficios que el solicitante recibe a través de este programa. Al completar la solicitud, usted autoriza al Departamento de Administración de Wisconsin y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados con las bases de datos y los registros de su empleador, el dueño de la propiedad que renta, la compañía de energía eléctrica que le presta servicios, el condado, el estado y el gobierno federal. La información en este formulario puede transmitirse a programas de energía que funcionen bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin y la aprobación de la Comisión de Servicios Públicos de Wisconsin y pueden usarse con fines de derivaciones, investigación, evaluación y análisis.

1. Territorio (condado o tribu) donde vive:

2. Primer nombre:	Inicial del 2do nombre:	Apellido: (como figura en su tarjeta de seguro social)
3. Otro primer nombre que use (si corresponde):	Otro apellido que use (si corresponde):	
Identificación de la persona (El programa asigna este nº):	4. Fecha de nac. (mm/dd/aaaa):	5. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

6. Teléfono principal:

( )  Casa  Trabajo  Celular  Contacto

Teléfono secundario:

( )  Casa  Trabajo  Celular  Contacto

7. Dirección de email:

8. Método preferido de comunicación:  Teléfono principal  Email  Correo postal

9. Tipo de vivienda en la que vive:

- Casa unifamiliar  
 Edificio con 2-4 unidades (incluyendo condominios) – **Cant. de unidades/apartamentos en el edificio:**  
 Edificio con muchas unidades o apartamentos (incluyendo condominios) – **Cant. de unidades/apartamentos en el edificio:**  
 Casa móvil  
 Pensión, motel, hotel, YMCA o YWCA  
 Vivienda no apta

10. Dirección postal:

Calle y nº \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

11. Dirección de la casa:

Calle y nº \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

---

12. ¿Es propietario o inquilino?

Propietario  Inquilino - Si renta, complete la siguiente información:

Administración o nombre de la compañía (si corresponde):

Contacto o nombre del dueño:

Teléfono:

(      )

Calle y nº:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---

13. Cantidad de habitaciones en la vivienda:

(Sin contar baños, sótanos sin terminar, vestíbulos, pasillos, áticos no calefaccionados, porches ni clósets)

---

14. Seleccione la respuesta que mejor describe su residencia a la fecha de esta solicitud:

- Vivo en un hogar comunitario, centro de rehabilitación, residencia comunitaria (CBRF, por sus siglas en inglés) u hogar de guarda
- Vivo en un asilo de ancianos
- Vivo en una institución del gobierno o estoy en la cárcel
- Actualmente no tengo hogar pero estoy por mudarme en forma permanente
- Ninguno de los anteriores

---

15. ¿Vive en una vivienda con asistencia del gobierno o recibe ayuda para la renta?  Sí  No

---

16. ¿Tiene un tutor o representante designado?  Sí  No

Si responde que sí, complete la información del representante:

Autorización del representante  Tutor  Poder de representación  Agente de protección

Nombre del tutor o representante:

Calle y número:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---

17. ¿Es (el solicitante) un estudiante menor de 24 años inscrito, al menos como estudiante a tiempo parcial, en un centro de educación superior?  Sí  No

Si responde que sí, marque todo lo que corresponda

- Actualmente trabaja veinte horas a la semana o más y gana al menos el salario mínimo
- Es responsable financieramente por un menor de 18 años que vive con usted
- Tiene una discapacidad física o mental (Se necesita la verificación de un programa del gobierno)
- Recibe una compensación por desempleo por el Programa TAA/NAFTA (debe ser estudiante a tiempo completo)
- Recibe beneficios TANF o W-2
- Su cónyuge vive con usted y no es estudiante
- Ninguno de los anteriores

---

18. Grupo étnico del solicitante (marque uno):

- Indígena americano o nativo de Alaska  Hispano  No se informa
- Asiático o isleño del Pacífico  Blanco, no de origen hispano
- Negro, no de origen hispano  Otro

---

19. ¿Alguien en su hogar tiene menos de 18 años y es pariente de algún adulto que viva en la casa?  Sí  No

---

**20. Personas en el hogar:**

Idioma preferido en el hogar: \_\_\_\_\_

Si el idioma preferido no es el inglés, indique el nombre de alguien en el hogar o un representante que hable inglés y pueda responder preguntas sobre la solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Indique <b>todas</b> las personas que viven con usted.									Iniciales del empleado
		Nombre	Fecha de nac. mm/dd/aaaa	Sexo <sup>1</sup> : (M) masculino, (F) femenino	¿Esta persona es ciudadana estadounidense?	¿Esta persona es discapacitada?	Food Share <sup>2</sup>	Servicio militar <sup>3</sup>	¿Es un menor bajo custodia compartida? <sup>4</sup>
LA PERSONA EN EL CASILLERO 1 <b>DEBE</b> SER LA PERSONA CUYO NOMBRE FIGURA EN LA PÁGINA 1		Escriba "S" para Sí y "N" para No							
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

<sup>1</sup>Indique el género con el que la persona más se identifica.

<sup>2</sup> Escriba "S" en el casillero para FoodShare si la persona recibió **FOODSHARE TODOS Y CADA UNO DE LOS 3 MESES ANTERIORES** a la fecha de esta solicitud.

<sup>3</sup> Escriba "S" en el casillero para servicio militar si la persona ha prestado servicios en una rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, como servicio activo, la Reserva o la Guardia Nacional (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines y la Guardia Costera)

<sup>4</sup>Se necesita verificar la custodia del menor cuando el menor vive el 50 por ciento del tiempo en la casa.

<sup>5</sup> El empleado escribirá "C", "E" o "I" en el casillero para ciudadanía: "C" si la persona es ciudadana estadounidense, "E" si no es ciudadana pero es elegible o "I" si no es ciudadana ni es elegible. El empleado que complete este casillero debe escribir sus iniciales en la parte superior de la columna.



**22. Consumo de energía: Complete todas las secciones sobre el consumo de energía. Continúa en la página siguiente.**

**Principal fuente de calefacción:** Este es el combustible que se usa para la principal unidad de calefacción de la vivienda. Elija una:

Calor eléctrico    Aceite combustible    Gas natural    Propano    Leña u otra

Seleccione cómo se paga la factura de combustible: (marque sólo una opción)

- Se paga directamente la factura que envía la compañía que presta el servicio (Debe completar la información de la cuenta).
- La energía está incluida en el pago mensual de la renta (no para viviendas subsidiadas por el gobierno).
- Se hace un pago aparte al dueño de la vivienda o al dueño del parque de casas móviles o no se tiene una cuenta directa con un prestador de servicios.
- No se paga: la energía está incluida en la renta mensual y vive en una vivienda subsidiada por el gobierno o son inquilinos que no pagan renta ni costos de calefacción/electricidad debido a un acuerdo de pago en especie.

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del hogar?    Sí    No

Si responde que no, la cuenta está a nombre de:    Un cónyuge fallecido    Un agente de protección    Otro

Nombre del titular de la cuenta:

¿Comparte el medidor con otra vivienda?    Sí    No

¿Esta cuenta se usa para fines comerciales?    Sí    No

Nombre de la compañía que presta servicios:

Nº de la compañía (uso oficial):

Nº de cuenta:

Costos anuales de combustible:

**Electricidad (No para calefacción):** Si su principal fuente de calefacción (arriba) es eléctrica, no complete esta sección.

Seleccione cómo se paga la factura de electricidad: (marque sólo una opción)

- Se paga directamente la factura que envía la compañía que presta el servicio (Debe completar la información de la cuenta).
- La energía está incluida en el pago mensual de la renta (no para viviendas subsidiadas por el gobierno).
- Se hace un pago aparte al dueño de la vivienda o al dueño del parque de casas móviles o no se tiene una cuenta directa con un prestador de servicios.
- No se paga: la energía está incluida en la renta mensual y vive en una vivienda subsidiada por el gobierno o son inquilinos que no pagan renta ni costos de calefacción/electricidad debido a un acuerdo de pago en especie.

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del hogar?    Sí    No

Si responde que no, la cuenta está a nombre de:    Un cónyuge fallecido    Un agente de protección    Otro

Nombre del titular de la cuenta:

¿Comparte el medidor con otra vivienda?    Sí    No

¿Esta cuenta se usa para fines comerciales?    Sí    No

Nombre de la compañía que presta servicios\*:

Nº de la compañía (uso oficial):

Nº de cuenta:

Costos anuales de electricidad:

\*Se debe indicar el nombre de la compañía que provee energía eléctrica a esta vivienda aún si la electricidad está incluida en la renta o se paga por separado al dueño de la vivienda.

**Información adicional de la cuenta de energía. Responda las siguientes preguntas sobre la energía en su vivienda.**

Sus respuestas no afectarán el monto de beneficio que puede recibir pero es obligatorio responderlas.

---

**Principal fuente de calefacción:**

Si su principal fuente de calefacción es eléctrica o gas natural, ¿ha recibido un aviso de falta de pago o corte del servicio dentro de los últimos 90 días?

Sí  No  No corresponde

Si su principal fuente de calefacción es propano o aceite combustible, ¿el tanque ahora tiene 20% de combustible o menos?

Sí  No  No corresponde

---

**Agua caliente:** Identifique el tipo de combustible que calienta el agua en su vivienda:

Electricidad  Aceite combustible  Gas natural  Propano  Leña u otro  Ninguno

---

**Fuente de calefacción complementaria:**

Identifique qué fuente de calor complementaria usa en su vivienda (seleccione sólo una):

Calor eléctrico  Aceite combustible  Gas natural  Propano  Leña u otro  Ninguna

---

**Aire acondicionado:**

Identifique el método que usa para refrescar su vivienda (seleccione sólo uno):  Aire acondicionado central  Equipo de aire acondicionado de pared/ventana  Ninguno

---

**FIRME LA PÁGINA 7**

---

**Notas del caso**

## Página de certificación

Lea cada punto en esta página antes de firmar la solicitud. Si no entiende algún punto, pídale al empleado que se lo aclare.

1. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información solicitada dentro de los 30 días de la fecha de esta solicitud. De lo contrario, la solicitud será nula y se rechazará. Puedo volver a solicitar participar en el programa pero tendré que enviar otra solicitud.
2. Entiendo que soy responsable de dar los nombres de todas las personas que viven en la vivienda y los números de seguro social e ingresos de todas las personas en mi hogar. Solicitar números de seguro social no está prohibido por las leyes federales y es un dato necesario para llevar un control de los beneficios que el solicitante recibe a través de este programa. Si no doy esta información habrá una demora en el procesamiento de mi solicitud y no se podrá determinar el monto de los beneficios.
3. Entiendo que soy responsable de usar los pagos que reciba para pagar los costos de calefacción/electricidad de la vivienda que figura en mi solicitud o, si me mudo dentro de Wisconsin, para pagar los costos de calefacción/electricidad de la vivienda en la que viva en forma permanente.
4. Entiendo que tengo derecho a solicitar asistencia energética y a recibir ya sea un pago o una carta con una explicación. Entiendo que el pago o la carta puede demorarse según cuándo comience el año del programa o cuando se procesen los pagos.
5. Entiendo que tengo derecho a solicitar una audiencia justa si creo que mi solicitud de asistencia energética se ha rechazado por error o si el pago que recibo es incorrecto. También puedo solicitar una audiencia justa si no recibo ningún pago ni una explicación. Puedo solicitar una audiencia justa en la oficina local a donde envié la solicitud o por escrito al: Departamento de Administración de Wisconsin, División de Audiencias y Apelaciones, P.O. Box 7875, Madison, WI 53707-7875.
6. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja si creo que fui víctima de cualquier tipo de discriminación ilegal. Puedo presentar una queja contactando a la persona autorizada dentro de mi condado o tribu.
7. Entiendo que al proporcionar la información que se pide en esta solicitud autorizo al Departamento de Administración de Wisconsin y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados con las bases de datos y los registros de mi empleador, el dueño de la propiedad que rento, la compañía de energía eléctrica que me presta servicios, el condado, el estado y el gobierno federal.
8. Entiendo que al proporcionar los números de cuenta del prestador de servicios de energía de mi vivienda, autorizo a dicho prestador o prestadores a dar información de la cuenta y del consumo de energía al Departamento de Administración de Wisconsin a los fines de determinar la elegibilidad de esta y futuras solicitudes, calcular beneficios y realizar evaluaciones y análisis del programa, incluyendo antes y después de recibir servicios de climatización.
9. Entiendo que los derechos, requisitos y autorizaciones cuya veracidad certifico en esta solicitud también pueden aplicarse a solicitudes de sistemas de calefacción y solicitudes de asistencia en situación de crisis para esta temporada invernal, el otorgamiento de beneficios suplementarios, la participación en solicitudes automatizadas y actividades de difusión asociadas con la próxima temporada invernal.
10. Entiendo que la información en este formulario puede transmitirse a programas de energía que funcionen bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin, la aprobación de la Comisión de Servicios Públicos de Wisconsin u otros programas administrados por el Estado de Wisconsin y pueden usarse con fines de derivaciones, investigación, evaluación y análisis.
11. Entiendo que si soy elegible para recibir asistencia energética, pueden derivarme a otros programas energéticos o de climatización de viviendas. Autorizo a la agencia de climatización a ofrecer servicios de climatización para mi vivienda. Si no soy el dueño de la vivienda, autorizo a la agencia de climatización a contactar al dueño, y voy a cooperar con la agencia que ofrezca los servicios de climatización.
12. Entiendo que acondicionar mi vivienda al clima puede reducir las emisiones de dióxido de carbono debido a la reducción del consumo energético en mi vivienda y que dichas reducciones pueden tener un valor monetario. Cedo toda participación en, derechos de propiedad sobre e ingresos generados por la venta de tales reducciones de emisiones de dióxido de carbono al Departamento de Administración de Wisconsin.

Certifico que la información en esta solicitud y todos los datos ofrecidos en relación con esta solicitud son verdaderos y están completos. También certifico que he leído y entiendo los puntos anteriores. Entiendo que puedo tener que presentar pruebas de la información en esta solicitud y que si doy información falsa, esta solicitud será inválida, deberé devolver todos los beneficios que haya recibido y podré enfrentar cargos penales.

Firma del solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

### EXCLUSIVO PARA USO OFICIAL

Firma del empleado de la agencia

Fecha (mm/dd/aaaa)

Certifico que he verificado la información en esta solicitud conforme a las políticas del programa Home Energy Plus y a mi leal saber y entender esta información es precisa y está completa. También certifico que no tengo una relación personal con ninguna persona cuya nombre figura en esta solicitud conforme a la política de conflicto de intereses del programa Home Energy Plus.

Esta solicitud está disponible, a pedido, en formatos alternativos para personas con discapacidades.

**NOTA:** Las solicitudes impresas se deben enviar a la agencia local por correo postal.



*Agencia: Pegue un adhesivo aquí con la dirección postal correcta para presentar la solicitud.*

Si descargó la solicitud de un sitio web, puede buscar la dirección postal correcta en:

<http://homeenergyplus.wi.gov/>

Haga clic en la pestaña 'Where to Apply' (A dónde enviar la solicitud) y seleccione el condado o la tribu donde vive.



**¿FIRMÓ LA PÁGINA SIETE?**